

DE LA VALEUR COMPARÉE
DE LA
Néphrectomie Primitive et de la Néphrectomie Secondaire
DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINS CAS
DE PYONÉPHROSES TUBERCULEUSES ET CALCULEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Louis-Charles MARTIN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Décoré de la Médaille Militaire

Né à Grenoble (Isère), le 30 mai 1891



VILLEFRANCHE

IMPRIMERIE DU Réveil du Beaujolais

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1920

DE LA VALEUR COMPARÉE

DE LA

Néphrectomie Primitive et de la Néphrectomie Secondaire

DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINS CAS

De Pyonéphroses Tuberculeuses et Calculeuses



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1920-1921. — N° 51

DE LA VALEUR COMPARÉE

DE LA

Néphrectomie Primitive et de la Néphrectomie Secondaire

DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINS CAS

DE PYONÉPHROSES TUBERCULEUSES ET CALCULEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Louis-Charles MARTIN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Décoré de la Médaille Militaire

Né à Grenoble (Isère), le 30 mai 1891



VILLEFRANCHE

IMPRIMERIE DU Réveil du Beaujolais

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	BARD
	TIXIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BÉRARD.
Clinique ophthalmologique	FABRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	ROLLET.
Clinique neurologique et psychiatrique	NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants	LEPINE (J)
Clinique des maladies des femmes	WEILL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	LANNOIS.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	ROCHET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique	CLUZET.
Chimie organique et toxicologie	HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREAU.
Anatomie	GUIART.
Anatomie générale et Histologie	LATARJET.
Physiologie	POLICARD.
Pathologie interne	DOYON.
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET.
Anatomie pathologique	MOURIQUAND.
Médecine opératoire	PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée	VILLARD.
Médecine légale	ARLOING (F.)
Hygiène	ETIENNE MARTIN.
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.	VALLAS.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.
Accouchements	COMMANDEUR.
Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Urologie	GAYET.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE.	CORDIER
COMMANDEUR.	GUILLEMARD.	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN.	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY.	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT.	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien.	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY.	ROCHAIX	des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, président ; GAYET, assesseur ;
MM. LERICHE et THEVENOT Léon, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

*A la mémoire de ma sœur Gabrielle, à
la mémoire de mon beau-père, à ma
femme et à ma fille, à mes parents et
amis.*

*A mes maîtres dans les hôpitaux, et en
particulier à Monsieur le professeur
agréé Gayet qui nous inspira ce tra-
vail et que nous sommes heureux de
remercier aujourd'hui de la sympa-
thie qu'il nous a toujours manifestée.*

A mon jury de thèse.

A mes camarades de l'Internat.

*A la mémoire de mes camarades des 11^e
et 23^e bataillons de chasseurs alpins
tombés pour la France.*

Je dédie ce travail.

Services hospitaliers : 1912-13 ; 1918-19-20.

Externat : MM. VIGNARD, professeur PONCET, LERICHE,
professeur NICOLAS, professeur TEISSIER.

Internat provisoire : MM. FROMENT, MOURIQUAND, GAYET.

Internat : MM. BRET, LAROYENNE, DESGOUTTES, DURAND,
GAYET, DESGOUTTES.

INTRODUCTION

Il y a déjà 51 ans que Gustav Simon enlevait de propos délibéré le premier rein pour guérir une fistule urétérale consécutive à une ovariectomie.

Cette première néphrectomie, suivie de succès et appuyée des expériences de l'auteur, a été l'origine d'une ère nouvelle dans le traitement des affections chirurgicales des reins.

Mais les déboires suivirent l'enthousiasme du début... Il en fut de la chirurgie rénale comme de celle du corps thyroïde avant la découverte de Sandström et le cri d'alarme des frères Reverdin, en 1882. L'insuffisance des moyens d'exploration du rein adelphe fit que quelques chirurgiens perdirent des malades qui auraient vécu tant bien que mal avec leurs deux reins, ou avec un rein fistulisé.

Aussi la chirurgie du rein redevint-elle momentanément prudente et l'on se borna aux vieux principes émis au XVIII^e siècle par Hévin, c'est-à-dire à la taille rénale par voie lombaire telle qu'on la pratiquait déjà depuis Charles VIII. Ce n'est que vers la fin du XIX^e siècle que l'assurance revint aux urologues avec la découverte et le perfectionnement de l'endoscopie vésicale et la possibilité de la séparation des urines et du cathétérisme des urètres.

La date de 1897 est mémorable à cet égard ; c'est, en

effet, cette année là, qu'Albarran présenta au monde chirurgical, à l'Académie de Médecine puis au congrès de Moscou, son cystoscope à onglet. Dès ce moment-là la chirurgie rénale fut une chirurgie de précision et rigoureusement scientifique :

On pouvait dès lors discuter l'opportunité et la valeur relative de telle ou telle intervention sur l'organe, l'opération radicale n'ayant en somme à compter qu'avec l'intégrité ou la suffisance du rein opposé.

Dès 1898, la question de la néphrostomie, comparée et opposée à la néphrectomie dans le traitement des pyonéphroses fut vivement agitée. Le congrès de chirurgie de cette même année fait époque dans l'histoire de cette discussion.

Les maîtres les plus illustres de la chirurgie urinaire ont donné leur avis à ce sujet ; la communication de Guyon et Albarran peut représenter la conclusion générale de toutes les discussions qui furent soulevées, et l'idée la plus juste et la plus rationnelle que l'on puisse se faire de la question. Cependant l'on est obligé de convenir que chaque avis pris en particulier mérite qu'on lui attribue sa part d'exactitude.

Et d'ailleurs, chaque fois que ce même problème a été soulevé, l'entente cordiale s'est faite sur les cas extrêmes, qui relèvent automatiquement de la néphrectomie ou de la néphrotomie ; mais toujours l'incertitude a plané sur les cas limites : tour à tour ils ont été néphrostomisés systématiquement et néphrectomisés secondairement, puis néphrectomisés d'emblée... et cela tient peut-être à ce que l'une et l'autre méthode a donné tour à tour entre des mains différentes le succès et l'insuccès.

Quoiqu'il en soit, la question vaut d'être examinée

quelque peu. Notre attention a été particulièrement attirée sur ce sujet par notre maître, Monsieur le professeur agrégé Gayet, durant le long séjour que nous fîmes à plusieurs reprises dans son service.

Dans sa récente communication au congrès de chirurgie il pose ainsi le problème : « Etant donné un rein qu'on
« suppose à peu près détruit, atteint d'une grave maladie
« chronique, avec lésions irrémédiables de l'uretère, et
« devenant le siège de phénomènes aigus et dangereux
« de rétention septique, doit-on appliquer immédiatement
« le seul traitement curateur, c'est-à-dire la néphrectomie,
« ou est-il plus sûr, plus prudent de commencer par un
« drainage de la poche septique, quitte à pratiquer ultérieurement l'exérèse de l'organe fistulisé ? »

La question est nette et précise. Elle se pose pour toutes les pyonéphroses, de quelque nature qu'elles soient, quand elles ont de par leur ancienneté, lésé profondément le tissu rénal au point de le rendre inutile.

Nous ne discutons pas le traitement des pyonéphroses banales précocement diagnostiquées et traitées. Certes la néphrotomie à elle seule donne là de beaux succès.

C'est qu'en effet dans ces formes, imputables le plus souvent au colibacille (seul ou associé à d'autres microbes streptocoque gonocoque) lorsqu'on a incisé la ou les poches purulentes on peut espérer que l'évacuation des germes pathogènes, aidée des réactions des tissus, permettra la réparation de la plaie et le retour des fonctions de l'organe.

De même nous savons que dans certains de ces cas cette guérison a pu être obtenue d'une façon définitive par des cathétérismes urétéraux répétés et suivis des lavages antiseptiques.

Nous avons dit « définitive » ou pouvant être considérée comme telle. C'est un terme qui ne saurait être employé sans restrictions, lorsqu'il s'agit de tuberculose ou de lithiase infectées. Aussi ces affections (bien souvent la lithiase, toujours la tuberculose) doivent-elles être classées à part, parmi celles qu'un lavage du bassinnet ou une néphrotomie ne peuvent espérer guérir. car le germe de l'infection, l'épine irritative reste dans le rein et le maintiendra malade. Et puisque nécessairement ou presque la néphrotomie demandera à la néphrectomie secondaire le complément de la guérison, pourquoi ne pas s'adresser immédiatement à elle ?

Telle est donc la question que nous allons essayer d'éclaircir dans ce travail, en ayant en vue uniquement ces deux grandes catégories de pyonéphroses : tuberculeuses et calculeuses.

Et tout d'abord un mot d'anatomie pathologique.

CHAPITRE I

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

A. — Les pyonéphroses calculeuses

La lithiasse constitue un excellent terrain de culture microbienne. Sans doute on a vu des calculs, même volumineux rester aseptiques dans leur loge, mais le plus souvent l'infection se met de la partie : Le premier degré de cette infection est la pyélite, puis la pyélonéphrite. Plus tard, sous l'influence de phénomènes réactionnels des tissus situés au voisinage de la pierre, et notamment de l'embouchure de l'uretère il se produit de la rétention, dès lors la pyonéphrose est constituée.

Le rein est volumineux, énorme quelquefois, pouvant atteindre les dimensions d'une tête d'enfant. Tantôt le parenchyme coiffe un énorme bassinnet à la manière d'un épидидyme sur le testicule, tantôt il participe à la dilatation : sa surface extérieure est bosselée, dépolie le plus souvent, témoignant d'adhérences aux plans voisins.

A la coupe, à chaque bosselure correspond une loge remplie de pus, loge soit isolée (secondairement ou même d'em-

blée (abcès rénaux parenchymateux) soit communiquant avec une grosse collection centrale. Dans la loge centrale se trouve le corps du délit : le calcul. Il n'est pas toujours d'un volume proportionnel à celui de la poche, il a suffi de calculs comme une noisette pour déterminer des pyonéphroses d'un demi-litre et plus.

On peut trouver aussi de petits calculs dans les poches secondaires.

Le parenchyme rénal est réduit à peu de chose : quelques cloisons scléreuses contenant les vaisseaux, un peu de substance corticale et c'est tout ce que l'on en retrouve dans les formes avancées. Dans certaines de ces tumeurs, il est impossible de chercher à retrouver le souvenir macroscopique du tissu rénal normal.

Cependant certains reins, même très distendus, conservent encore, dans les cloisons restantes et dans la partie corticale, suffisamment de parenchyme pour donner encore une sécrétion, appréciable quand l'uretère est ouvert. Or, nous avons vu que la plupart du temps celui-ci est imperméable. Enfin, la périnéphrite est le plus souvent assez accentuée et se traduit par une réaction sclérolipomateuse intense prolongée jusqu' autour de l'uretère, et des adhérences dangereuses du côté du péritoine et de l'intestin. Notons cependant avec Albarran que c'est en arrière que la périnéphrite est la plus accentuée.

La graisse du sinus est également infiltrée de sclérose, souvent même avant l'infection massive de l'organe elle a contribué à tasser le tissu rénal, et à la formation de la rétention.

De cette courte étude anatomique retenons trois points qui nous intéressent surtout :

La présence de loges isolées du bassinnet.

Le peu de valeur du tissu rénal, et par suite le peu de chances, l'impossibilité même d'une fonction acceptable.

La périnéphrite, surtout postérieure.

B. — Les pyonéphroses tuberculeuses infectées secondairement

Bien que d'étiologie différente la forme que nous allons étudier maintenant présente avec la précédente des analogies structurales saisissantes.

Même périnéphrite, même rein volumineux et bosselé. Ajoutons-y la possibilité de granulations corticales à un degré plus ou moins avancé. A la coupe, nous trouvons aussi un bassinnet plein de liquide infecté ; du côté du rein, les parois de la loge sont parfois moins nettes et peuvent être formées de tissu ulcéré et analogue à la membrane pyogène des abcès froids, mais dénaturé par l'infection secondaire.

Dans cette vaste caverne affluent de petits abcès corticaux. D'autres sont isolés et certaines cavernules peuvent n'avoir pas encore été touchées par l'infection. A côté de cela, des tubercules crus, des granulations. Nous n'insisterons pas sur ces caractères bien classiques de la tuberculose pyonéphrotique.

Le tissu rénal est parfois mieux conservé par place que dans la forme précédente, et peut présenter des zones importantes capables de sécréter ; mais souvent l'uretère est le siège de processus inflammatoires tels que sa perméabilité est presque nulle. Alors, ou bien la sécrétion est

inhibée, ou bien le peu d'urine sécrétée, s'évacuant difficilement, accroît constamment la quantité du liquide retenu.

Ces constatations reproduisent, en somme, les résultats obtenus par Gayet et Cavaillon dans leurs expériences sur l'exclusion fermée dans la tuberculose.

A propos de la valeur fonctionnelle de tels reins nous ne saurions que rappeler les conclusions de Guyon et Albaran : (Physiologie pathologique des rétentions rénales) : 1° Dans le cas de rétention rénale complète le rein est progressivement anihilé. Mais « il est très rare, même « dans les cas de pyonéphroses, que le rein ait pour tous « jours perdu la faculté de faire de l'urine, la fonction est « reprise en partie », après suppression de la rétention. « mais moins parfaitement que dans les uro-néphroses et « uro-pyonéphroses ».

2° Dans les rétentions incomplètes. Il ya une différence notable d'infériorité entre la sécrétion du rein rétentionniste et celle de son congénère.

Ces considérations bien que ne se rapportant pas d'une façon absolue aux cas qui nous occupent, montrent cependant qu'après néphrotomie de tels reins seraient capables d'une certaine dépuratation urinaire qui dans certains cas n'est pas à négliger.

C. — Le rein néphrostomisé

Dès qu'un certain temps s'est écoulé depuis la néphrotomie tout le bord externe de l'organe est solidement adhérent aux plans de la paroi, adhérence surtout marquée au niveau de la fistule.

D'autre part les adhérences antérieures et postérieures déjà accusées sur le rein vierge du bistouri, du fait de la périnéphrite, sont ici bien plus solidement fixées — et cela d'autant plus que l'organe a été plus ou moins dénudé au cours de la néphrotomie.

Cependant (et c'est là l'ultime ressource lorsqu'on est contraint d'enlever ces reins) la capsule se clive souvent relativement bien et c'est ordinairement en sous-capulaire que se terminent ces opérations qui, extra capulaires seraient par trop pénibles et dangereuses.

D. — Le rein opposé

Voilà certes, un point capital du problème de la néphrectomie. Mais nous ne le discuterons pas longuement, car nous avons en vue uniquement les cas justiciables d'une thérapeutique radicale c'est-à-dire ceux où le rein adelphe est jugé sain ou tout au moins suffisant.

Rappelons toutefois comme grave restriction que la lithiase affection diathésique et la tuberculose infection sanguine dans la plupart des cas atteignent volontiers les deux reins, sinon simultanément, du moins souvent tour à tour. L'expérience a montré que ces considérations ne doivent pas rentrer en ligne de compte : Tel lithiasique néphrectomisé pour pyonéphrose est resté indemne le reste de ses jours ; tel autre a subi par la suite une pyélotomie de l'autre côté, mais devait-on pour cela le laisser s'infecter, avec son rein malade, sans parler du préjudice porté au rein sain par ce dernier ? De même des tuberculeux ayant un rein suffisant, mais à inoculation positive ont vu après la néphrectomie leur état général s'améliorer, les

signes de cystite diminuer et ont retiré un bénéfice énorme de l'intervention.

Ceci nous amène à envisager encore avant d'entrer dans la discussion de la question du traitement, les circonstances dans lesquelles va se faire l'intervention, en un mot l'étude clinique de ces malades.

CHAPITRE II

APERÇU CLINIQUE

Si le début de l'histoire de ces deux catégories de malades est un peu différent, ils se présentent, en général, au moment où l'intervention est proposée, avec une allure sensiblement analogue. Peu nous importe d'ailleurs ce début pour ce qui nous intéresse ; le plus souvent même la question du diagnostic importe peu : qu'il s'agisse de calcul ou de tuberculose on est en présence d'un malade porteur d'un gros rein infecté et qu'il faut à tout prix opérer, mais comment ? L'étude de cet état morbide présente à notre point de vue quelque intérêt en raison des arguments pour ou contre qui ont été invoqués en son nom au profit de telle ou telle méthode.

Il s'agit d'un malade qui présentait depuis un certain temps, une douleur profonde localisée à la région lombaire, au dessous de la 12^e côte et qu'exacerbe la pression profonde en avant. Cette douleur subissait des variations, suivant le moment et suivant les circonstances : tantôt sourde et continue, mais très supportable, elle augmentait nettement sous l'influence des mouvements, des cahots.

Parfois le malade a eu des crises nettes de coliques néphrétiques et il est rare qu'au début de son affection le malade n'ait pas présenté de douleurs d'une violence particulière. Chez certains, la douleur s'irradiait du côté sain ou à la vessie (réflexes-réno-rénal ou réno-vésical). A noter aussi la possibilité d'émission des calculs à la miction, de crises d'anurie, et la certitude donnée au diagnostic par une radiographie bien faite.

Parfois c'est une blennorrhagie, une grossesse chez la femme, une maladie infectieuse intercurrente qui ont été l'origine de l'infection du rein calculeux. A dater de ce jour, la fièvre s'est mise de la partie, les douleurs se sont accrues, les urines sont devenues troubles et après une série de rémissions et de rechutes successives plus ou moins prolongées le malade est arrivé à l'état dans lequel nous le trouvons. D'autres fois, l'apparition d'une tumeur dans l'hypochondre droit, a précédé les accidents infectieux et c'est sur une hydronéphrose calculeuse que s'est greffée la crise actuelle. Dans ce dernier cas, comme dans le précédent, on note fréquemment l'existence de crises de rétentions passagères, suivies de débâcle, et d'allure variable suivant que le rein est infecté ou non.

Un peu différente est l'histoire de début du malade tuberculeux : longtemps son attention a été attirée par tout autre chose que des symptômes rénaux : tantôt c'est sa vessie qui l'a inquiété : spasme ou au contraire incontinence, douleurs à la miction et fréquence nocturne des mictions, sans que pour cela les urines soient troubles, ou albumineuses, ou bacillifères. Quelquefois on note cependant de la polyurie (polyurie rétuberculeuse de David), mais Feré n'a-t-il pas montré que la polyurie est jusqu'à

un certain point fonction de la pollakiurie et qu'au réflexe réno-vésical qui perturbe la vessie, répond le réflexe vésico-rénal, facteur jusqu'à un certain point de polyurie. Quoiqu'il en soit de cette pathogénie, à laquelle malgré tout la néphrite tuberculeuse n'est pas étrangère, petit à petit le malade a vu s'ajouter à ces symptômes d'autres signes plus nets : hématurie, puis douleur rénale, et pyurie caractéristique. Mais, pendant longtemps, le rein a conservé son volume normal, l'état général est resté relativement bon et la fièvre n'a fait que tardivement son apparition. Hormis le cas, où elle relève de lésions tuberculeuses pulmonaires avancées, elle est le fait d'infections secondaires, ascendantes ou descendantes. L'extension du processus infectieux, spécifique ou non, à l'uretère, l'oblitération de ce conduit par des grumeaux ou des concrétions secondaires, la périurétérite ou simplement la paralysie du bassin, conformément à la loi de Stokes, pourront ajouter à ce syndrome infectieux celui de la rétention d'abord intermittente puis continue. Ce sont particulièrement ces cas qui nous intéressent.

Voici nos deux malades au même point : chez l'un et chez l'autre l'examen va révéler à peu près les mêmes signes :

Localement, on constate tout d'abord une tumeur rénale toujours assez volumineuse. De prime abord, elle a parfois tous les caractères d'une tumeur abdominale, déterminant même une voussure de la paroi antérieure, comme chez la malade de notre dernière observation. Mais la recherche des signes des tumeurs rénales nous renseigne bien vite sur sa nature : le colon la rend sonore en avant et un doigt placé dans l'angle costo vertébral la fait balloter

et perçoit le contact lombaire. D'autres fois, et le plus souvent, il faut plonger les doigts sous les fausses côtes et l'on sent en général facilement, surtout si l'organe est un peu abaissé, le rein volumineux donc les bosselures peuvent quelquefois être nettement palpables pour peu que le sujet soit maigre. Cette tumeur est nettement douloureuse.

Il est rare qu'on ne trouve pas de points douloureux le long de l'uretère et même vésicaux, chez les tuberculeux en particulier.

Poursuivant notre examen local, nous faisons la cystoscopie; c'est là que le problème devient quelquefois épineux lorsqu'on se heurte à de vieilles vessies tuberculeuses admettant à peine 30 à 40 gr. et défiant par le fait même toute endoscopie et tout cathétérisme.

Nous aurons à revenir sur ce point particulier à propos de la discussion du traitement pour voir comment on peut remédier à cet état de choses et y suppléer dans une certaine mesure. En tout cas les urines totales sont très troubles et laissent déposer une couche abondante de pus, à moins que l'occlusion de l'uretère malade ne soit complète.

Supposons toutefois que l'examen endoscopique soit possible : je passe sur les lésions vésicales des tuberculeux, sur la possibilité de lithiase vésicale associée chez les calculeux, et j'admets que le cathétérisme des uretères soit pratiqué : le plus souvent notre gros rein pyonéphrotique et rétentionniste nous donnera à peine quelques centimètres cubes d'urines louches ou franchement purulentes, parfois rien. Dans l'observation VI, il s'est écoulé en 2 heures quelques gouttes de pus franc dans lequel il était absolument impossible de pratiquer d'autre examen qu'un examen histo-bactériologique.

D'autres fois, malgré toute l'habileté de l'opérateur la sonde est arrêtée dans sa course et arrivée à un certain point ne pénètre pas (voir obs. II, néphrect. second., où la sonde était arrêtée à 12 cm.). Il ne s'ensuit pas pour celà que l'uretère doive être jugé complètement imperméable et de fait, le plus souvent une sonde placée seulement dans la vessie, l'autre rein étant cathétérisé, recueille une certaine quantité d'urine trouble de valeur chimique d'ailleurs insignifiante. Il s'en écoule même davantage que lorsque la sonde peut fonctionner dans l'uretère, le pus pouvant filtrer entre les replis du conduit et pénétrant mal par contre dans la lumière de la sonde qui peut être obstruée par un grumeau. Quant à l'autre rein, habitué depuis longtemps à travailler seul, il nous donnera dans les cas favorables une excrétion suffisante. Signalons qu'on a pu le trouver lui aussi accessible à la palpation et douloureux: il faut savoir que des reins atteints d'hypertrophie compensatrice peuvent être douloureux au début et ne pas tabler sur ce caractère pour éluder l'opération. Il faudra simplement être plus exigeant encore pour l'examen chimique des urines et ne rien négliger pour mettre au mieux en évidence la suffisance de la fonction.

Deux autres grands symptômes caractérisent ces malades : la fièvre, le mauvais état général. La fièvre à cette période est constante. Elle est élevée, présente des oscillations irrégulières. Parfois une légère rémission se produit, par exemple après un cathétérisme ; d'autre fois, par contre, c'est un cathétérisme ayant pourtant des prétentions d'asepsie qui aura déclanché une nouvelle poussée.

La fièvre tient le malade et ne le quittera plus jusqu'à ce

qu'il ait été débarrassé de son foyer infectieux. Mais c'est surtout l'état général qui est atteint dans ces formes graves de rétentions rénales :

Nous avons été frappés à plusieurs reprises du teint terreux que présentaient ces malades : ils ont les yeux cernés, le nez pincé, les joues creuses. Depuis longtemps, ils maigrissaient petit à petit, mais depuis peu ils ont fondu et se cachectisent, ils sentent leurs forces diminuer de jour en jour et c'est avec anxiété qu'ils interrogent le chirurgien sur leur avenir. C'est en face de tels malades qu'il s'agit de poser l'indication de telle ou telle intervention : nous avons maintenant en main tous les éléments de la question, tous les facteurs qu'il faudra envisager : et l'on a vu qu'on pouvait les ramener à deux primordiaux :

L'état de résistance du malade.

L'état anatomique du rein.

CHAPITRE III

DES DIFFÉRENTS MOYENS DONT DISPOSE LE CHIRURGIEN POUR TRAITER LES PYONÉPHROSES VOLUMINEUSES, AVEC MAUVAIS ETAT GÉNÉRAL

Deux mots seulement sur la ponction simple du rein, suivie d'injections modificatrices. L'étude anatomique de ces reins infectés montre l'inanité d'une pareille opération. Comment évacuer par un simple trocart une poche dont les diverticules sont multiples et autour de laquelle s'essaiment d'autres loges purulentes, sans parler des calculs et des grumeaux qu'elle contient.

Plus rationnelle est la néphrotomie. L'incision large du parenchyme rénal, fendant le bassinnet sur toute sa hauteur permet en effet une évacuation plus complète. Signalons cependant en passant, car nous nous réservons d'y revenir longuement, deux de ses principaux inconvénients : la possibilité de laisser intacte une loge isolée ou de laisser des culs de sac non drainés au point déclive, et la fistule qui conduit à la néphrécotomie secondaire ; nous y insis-

terons tout à l'heure. Ceci nous amène tout naturellement à considérer la néphrectomie primitive comme l'opération de choix et l'idéal que l'on doit s'efforcer de réaliser chaque fois qu'il sera possible.

Nous passons sous silence la néphrectomie partielle applicable seulement dans des cas très restreints tels que : rein unique à deux uretères, une partie étant saine, l'autre infectée.

L'idéal est donc, avons-nous dit, la néphrectomie primitive, et dans les cas qui nous occupent elle ne peut être comparée qu'à la néphrectomie secondaire. Nous ne pensons pas qu'il y ait un seul chirurgien qui soit opposé au principe que nous venons d'émettre et qui est l'expression de la simple raison. Mais certains considèrent qu'entre le principe et la réalisation il y a un grand pas. Si tous admettent qu'il serait irraisonné d'enlever en deux temps un petit rein tuberculeux, même infecté chez un malade en bon état, ou de faire une néphrectomie à un mourant, ou à un tuberculeux pulmonaire avancé, il est une catégorie de malades dont nous présentons quelques observations qui soumettent le chirurgien à de multiples hésitations.

Dans le service d'urologie de M. le professeur Gayet nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir des cas semblables. Dans certains, la néphrostomie était décidée en principe..., puis une fois le rein découvert il a paru plus raisonnable de l'enlever et le malade s'en est bien trouvé. Ce sont des cas semblables, qui ont encouragé M. Gayet à poser en principe la néphrectomie primitive, quitte à se borner au dernier moment à la néphrostomie dans certains cas où l'exérèse est absolument impraticable.

Mais avant tout se pose le problème de la recherche de la suffisance du rein opposé.

Nous avons dit dans notre étude clinique que chez certains tuberculeux la vessie était tellement irritable qu'il était impossible de pratiquer le cathétérisme des uretères. Le cas peut se voir aussi chez les calculeux ou la cystite chronique scléreuse, quelquefois coexistante, empêche la manœuvre du cystoscope.

Comment poser l'indication d'une néphrectomie sans ce renseignement si précieux ? La réponse à cette question étant capitale pour notre argumentation, nous allons rapidement passer en revue les différents moyens d'exploration fonctionnelle des reins permettant d'établir que le rein qu'on laisse pourra assurer une dépuratation urinaire suffisante.

Exploration fonctionnelle du rein opposé. — Une première question qui se pose au chirurgien qui désire connaître la valeur séparée des deux reins est celle de la *localisation du rein le plus malade*. Récemment Grégoire présentait à la Société Française d'urologie (1) l'histoire d'un petit malade de 6 ans pour lequel naturellement il n'avait pu faire de cathétérisme, et à qui, se basant sur la seule constante d'Ambard il avait été amené à enlever le rein le meilleur croyant enlever le plus mauvais, erreur qui fut bien entendu préjudiciable à son petit malade.

Dans les cas que nous envisagerons, le problème est en principe tout résolu. La tumeur rénale, la vieille histoire pathologique du malade, attirent d'emblée l'attention sur

(1) 19 avril 1920. Compte rendu Jour. d'urologie, tome IX, n° 5-6.

l'un des reins. Mais du fait que nous connaissons le plus malade, il ne s'en suit pas que son congénère soit sain.

Le cathétérisme des uretères, quand il est faisable, tranche naturellement la question. On usera de tous les artifices pour arriver à la faire et pour placer une sonde dans l'uretère supposé sain : anesthésie locale de la vessie, lavages réduits au minimum, afin de ne pas réveiller la contractilité vésicale, anesthésie rachidienne, ou même générale, si le malade peut la supporter, mais ce dernier moyen ne nous attardera pas, étant donné que nos malades sont déjà dans un état précaire qu'il importe de ne pas aggraver par une nouvelle intoxication, si courte fut elle.

On ne saurait s'attarder trop longtemps à un traitement topique de la vessie pour la préparer à un nouveau cathétérisme.

G. Kolischer et Harry Katz (1) usent du stratagème suivant qui leur a réussi quelquefois lorsque la cystoscopie est rendue impossible par suite de la trop grande sensibilité de la vessie. Ils font uriner le malade une heure avant l'examen, puis lui font boire du thé et quelques boissons diurétiques : à condition que l'urine ne soit pas trop trouble, ils ont pu, en recommandant au malade de se retenir le plus possible d'uriner, pratiquer des examens *en se servant du milieu urinaire comme moyen de distension vésicale*.

D'autres préconisent le *cathétérisme uretéral avec le tube endoscopique direct* ; ce procédé, possible chez la femme est impraticable chez l'homme. Il a cependant été employé par certains auteurs.

(1) The urologie and cutaneous Review, Chicago, juillet 1920, p. 385.

Le cathétérisme à vessie ouverte a donné des résultats, mais on conçoit que, même sans tenir compte des difficultés qu'il peut présenter dans une vessie ratatinée, ulcérée, cette opération supplémentaire ne soit pas mise chez nos malades.

Il en est de même de l'*uretérotomie exploratrice* unilatérale, qui serait faite dans le cas qui nous occupe du côté supposé sain. Cette intervention supplémentaire pourrait être réduite à son minimum de risques en étant pratiquée avec une anesthésie locale et une incision aussi courte que possible.

Il semble cependant qu'elle ne puisse donner de résultat que si elle est faite indépendamment de l'opération principale : dans notre observation II (néprect. prim.) l'uretérotomie fut faite au début de l'intervention. On attendit 10 minutes et rien ne vint. Pour ne pas prolonger inutilement l'anesthésie et confiant dans les analyses d'urines totales, M. Gayet dut se baser uniquement sur l'aspect extérieur du rein. Il semble que l'anesthésie ait inhibé momentanément le rein ; il faut donc avoir un certain temps devant soi pour pratiquer cet examen.

Il reste comme dernier moyen chirurgical la *lombotomie exploratrice*. C'est de celui-là que M. Gayet dut se contenter faute de mieux dans l'observation précédente. Il paraît peu choquant par lui-même et peut être mené assez rapidement. Il sera suivi immédiatement de l'opération radicale ou palliative suivant ce que l'on aura trouvé. Le malade n'aura pas à subir deux anesthésies. On peut reprocher à ce moyen de ne donner qu'un renseignement incomplet, basé sur l'aspect extérieur du rein, et lui adjoindrait-on même une *néphrotomie exploratrice* on ris-

querait de laisser passer à côté de la coupe des lésions tuberculeuses graves.

Aussi est-il recommandé de ne considérer cette recherche que comme un complément d'autres recherches portant sur les urines totales et l'azotémie : nous voulons parler de la *constante uréo-sécrétoire* et de la *concentration maxima*. Sans vouloir aller jusqu'à affirmer que cette notion peut suffire à décider de l'ablation d'un rein, nous tenons cependant à montrer toute l'importance qu'elle revêt dans les cas qui nous occupent : la grosse pyonéphrose tuberculeuse ou calculeuse réduit à presque néant le fonctionnement du rein atteint, aussi est-ce surtout la sécrétion du rein supposé sain qui servira à établir la constante. Rappelons-nous cependant que malgré l'importance des lésions, on peut trouver dans les gros reins malades des zones de parenchyme dont la sécrétion peut être appréciable pourvu toutefois que l'uretère soit perméable.

Si cependant l'expérience prouvait qu'une constante impeccable chez un sujet de poids moyen, non glycosurique, non hydropigène (Chevassu) est un élément suffisant pour décider une pareille intervention, les cas que nous envisageons seraient particulièrement aptes à bénéficier de cette recherche : il faut pourtant n'être pas trop large en matière d'appréciation, et se rappeler qu'une constante de 0.09 indique déjà un déficit fonctionnel de 40 % environ d'après les interprétations même d'Ambard.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DE L'INTERVENTION

A. — Arguments invoqués en faveur de la néphrostomie et de la néphrectomie secondaire

Si nous nous reportons au rapport de Guyon et Albarran au congrès de chirurgie de 1898, aux discussions qui suivirent, aux traités classiques, nous y trouvons une série d'arguments d'importance variable.

Le plus rationnel est celui de la *bénignité de l'intervention*. Chez des malades fébricitants, infectés depuis longtemps, cachectiques même pourrait-on dire dans certains cas, affaiblis par un séjour au lit de plusieurs semaines, la néphrotomie rapidement conduite, sous une anesthésie légère donne au malade le minimum de *shok* et d'intoxication anesthésique.

En second lieu *le bénéfice de cette intervention est immédiat*. L'évacuation de la poche rénale agit comme l'incision d'un abcès quelconque : la température tombe, l'état général se remonte, le malade peut s'alimenter et reprendre des forces en vue d'une opération complémentaire.

En plus, le rein opposé s'améliore certainement, le réflexe inhibiteur venant du rein malade cessant avec la néphrotomie.

Tous les chirurgiens qui préconisent la néphrectomie secondaire insistent sur la nécessité de profiter de cette sédation de symptômes qui ne sera que passagère pour enlever le rein. Cette exérèse sera donc précoce et pratiquée le plus tôt possible après la première intervention. Les chiffres de quelques semaines, deux à trois mois après la première donnés par Legueu (1) paraissent être les dates ultimes que les différents auteurs se proposent d'attendre « A ce moment la néphrotomie a en général donné tout ce qu'elle peut donner. Au delà le malade décline et la néphrectomie retardée aurait plus de peine à donner un bon résultat (Legueu).

Enfin l'on peut arguer du fait que la néphrotomie *n'a pas à compter avec le rein congénère* et pare au plus pressé sans nuire à la valeur de ce rein s'il faut compter avec elle. Dans les cas où l'examen cystoscopique est impossible et où les renseignements manquent sur le rein adelphe la néphrotomie peut permettre, par l'amélioration de la vessie, de pratiquer au bout de quelque temps l'examen de l'autre rein. A ce moment, il n'y a plus péril en la demeure et le chirurgien peut tout à son aise tenter ces recherches indispensables.

L'incision du parenchyme rénal pourrait montrer *un rein encore utilisable et qu'on pourrait encore conserver*. Cet argument ne tient pas dans le cas de tuberculose, et dans les cas de lithiasé qui nous occupent il a bien peu

(1) Legueu. Traité d'urologie, p. 607.

de valeur, étant donné ce que nous savons des lésions, tant parenchymateuses, qu'uretérales et périnéphrétiques que l'on y rencontre.

Enfin les derniers arguments sont tirés du manuel opératoire. Le rein, *trop volumineux* pour être extirpé par voie lombaire, *trop septique* pour bénéficier de la voie abdominale gagne à être vidé au préalable par la néphrotomie. Au bout de quelques semaines les poches purulentes sont revenues sur elles-mêmes, les organes voisins déplacés par la tumeur ont repris leur place et l'intervention malgré quelques difficultés, est très praticable, à condition de s'en tenir à la néphrectomie sous capulaire. On évite ainsi de grandes chances de rentrer dans le péritoine.

Certaines fois, enfin, malgré toute la bonne volonté de l'opérateur, il ne sera pas possible de tenter autre chose que la néphrotomie. Lorsqu'on tombe sur un rein friable, d'emblée ouvert et faisant corps avec les tissus environnants, le mieux est d'en rester là en raison des difficultés matérielles insurmontables s'opposant à la néphrectomie.

Il résulte de cet exposé que le traitement des pyonéprôses serait : néphrotomie d'urgence, précédée ou suivie d'un examen complet de l'arbre urinaire ; ultérieurement dès que l'état du malade le permettra, néphrectomie secondaire par voie lombaire, sous capulaire. Chute (1) compare cette manière de faire à la prostatectomie en deux temps.

(1) Chute A. L. International J. surg., 1920, page 186. Secondary neprectomy.

B. — Arguments invoqués en faveur de la néphrectomie primitive et discussion

Nous mettons de côté bien entendu les cas absolument indiscutables ou en présence d'un moribond on fait à la hâte une incision de la poche purulente la plus apparente sans même prendre le temps d'explorer l'organe. Ce sont les cas où il n'y a « qu'une chance à tenter ». Et d'ailleurs l'amélioration obtenue, si elle se produit, « dure souvent moins que le malade » qui ne tient pas coup à l'infection secondaire.

Gravité comparée de la néphrotomie et de la néphrectomie. — La bénignité et la rapidité de la néphrotomie seraient des raisons de première valeur, si l'on pouvait compter sur elles d'une façon absolue. Mais il est certain que l'incision rapide est souvent insuffisante à ouvrir toutes les poches, il est également difficile de les maintenir ouvertes. Pour drainer un foyer purulent à multiples diverticules, comme l'est un bassin distendu, il faut forcément faire une incision large et soigneusement menée jusqu'au point le plus déclive il faudra sectionner entre deux pinces chaque cloison pour obtenir une loge aussi régulière que possible (Albarran) ; pour ouvrir les poches secondaires non communicantes avec le bassin, il est parfois nécessaire de décortiquer l'organe, de vérifier sa face extérieure, décortication parfois pénible qui prendra du temps et dont le résultat ne sera pas toujours en rapport avec la peine qu'elle aura donné. Des abcès parenchymateux pourront être profondément situés sur la face postérieure ; et même ouverts dans l'atmosphère

adipeuse, ils feront ultérieurement de la rétention, amorceront l'infection de la loge périrénale qu'on ne pourra pas isoler complètement en suturant les bords de la poche rénale à la peau comme on le ferait si la poche était unique. Il s'ensuit donc qu'une pareille intervention pour être complète et répondre à toutes les indications, uevra être minutieusement exécutée et demandera parfois un assez long temps, à moins toutefois d'avoir été faite très précocement, époque ou d'ailleurs son indication est encore plus discutable. Le malade une fois endormi, le rein une fois isolé ou presque, il semble bien qu'il y ait intérêt à tenter l'opération complète et à débarrasser complètement le malade du foyer infectieux dont il est le porteur. Il semble que, dans une certaine mesure, il soit exagéré de s'effrayer de la longueur accrue de l'anesthésie. N'a-t-on pas endormi, pour pratiquer une double décapulation, des Brighiques et Pousson, Edebolhs, disent qu'ils n'ont jamais observé de retentissement sérieux de l'anesthésique employé (éther) sur les reins pourtant gravement malades.

Enfin les soins post-opératoires seront des plus délicats : si au cours des pansements on ne peut maintenir parfaitement le drainage d'une cavité secondaire, celle-ci ne tardera pas à être l'origine d'accidents infectieux sans parler des germes nouveaux qu'apporteront fatalement les pansements malgré tous les soins apportés à les faire.

Réfutation des objections tirées du volume du rein. — Un gros rein non suppuré est justiciable de la voie antérieure transpéritonéale. Un gros rein suppuré ne saurait être enlevé par cette voie en raison du risque que court le péritoine, et par ailleurs la voie lombaire est insuffi-

sante pour extirper des reins aussi volumineux que ceux dont il est question dans certaines de nos observations.

Ces arguments opposés à la néphrectomie primitive soulèvent à nouveau le problème des voies d'abord du rein. Nous ne nous attarderons pas à rappeler les nombreuses polémiques soulevées par ce sujet, tant à Paris qu'à Lyon ou récemment encore il motiva d'intéressantes discussions pendant plusieurs séances de la Société de Chirurgie de Lyon (nov. 1919).

Rappelons seulement que la voie postérieure lombaire est le plus souvent utilisable pour enlever les reins quelque volumineux qu'ils soient (Rochet, Gayet, Durand). Cette incision, à première vue insuffisante, si l'on ne considère que son étendue moyenne, ordinairement menée de l'angle costo-vertébral à la crête iliaque, devient une large brèche si l'on considère qu'elle peut être prolongée presque jusqu'à la ligne médiane en avant et que d'autre part il est facile de s'aggrandir par en haut en réséquant la 12^e côte et même au besoin la 11^e. La seule précaution qu'il importe de prendre est de refouler soigneusement le cul du sac pleural avant de dénuder la côte à la rugine et de prolonger aux ciseaux l'incision primitive. M. Gayet se propose même à l'occasion de faire un débridement antérieur analogue à celui de l'incision de Grégoire, mais naturellement plus postérieur. Ces deux incisions auraient en effet une grande analogie ainsi conçues, l'une étant à quelques centimètres en arrière de l'autre.

D'ailleurs la voie parapéritonéale de Grégoire est également plausible et Patel en a montré les avantages pour les tumeurs volumineuses au cours des séances dont il est question plus haut. Ajoutons enfin que même la voie anté-

rière peut, dans certains cas bien choisis, être employée avec succès. L'heureuse modification qu'a apporté à cette méthode opératoire M. Villard depuis 1898, permet de mettre le péritoine complètement à l'abri de l'infection. La perte de temps résultant de la marsupialisation est insignifiante, eu égard aux avantages qu'elle présente. Cette voie antérieure a été employée dans notre observation VI. Il s'agissait d'un rein tellement volumineux que même par voie antérieure on fut obligé de ponctionner la tumeur et d'en aspirer une partie au Potain.

A remarquer également à propos de cette observation qu'au cours de la dénudation la poche fut crevée en arrière et que par conséquent il s'écoula dans le champ opératoire une certaine quantité de pus. Malgré cet incident (et ceci est tout à l'honneur du procédé de Villard) il n'y eut aucune réaction du côté du péritoine. Une autre remarque que nous avons faite au cours de cette opération confirme l'opinion générale que les adhérences sont plus tenaces en arrière, c'est là d'ailleurs que fut ouvert le rein, alors qu'en avant son isolement s'effectua sans difficulté. Cette notion nous servira de terme de comparaison avec les adhérences que l'on rencontre au cours des néphrectomies secondaires... Celles-ci sont aussi serrées en avant qu'en arrière. Il en résulte que dans la néphrectomie primitive il serait possible d'éviter le plus souvent, et moyennant quelques précautions, la déchirure du péritoine en avant, ce qui est évidemment le gros danger. Pour mince qu'elle soit, la séreuse péritonéale est suffisante pour écarter l'infection au cas où l'on crèverait la poche en arrière au cours d'une néphrectomie lombaire. L'infection de la loge périrénale qui en résulte n'a d'autre

inconvenient que d'obliger à attendre une cicatrisation plus lente par seconde intention ; il conviendra d'ailleurs dans ce cas d'être très prudent en matière de fermeture : on aura plus d'avantages à laisser la cicatrisation se faire d'emblée par seconde intention qu'à tenter une suture qu'on se tiendrait prêt à faire sauter aux premiers signes d'infection. Cette nouvelle poussée de toxines lancée dans l'organisme d'un malade affaibli, nuirait certainement à celui-ci, quelque prompt qu'ait pu être l'intervention du chirurgien.

Pour terminer ce paragraphe relatif au volume du rein ajoutons que, ainsi que la chose a été pratiquée dans le cas cité plus haut, la *ponction au Potain* avec un petit trocart permet de réduire ce volume autant qu'il est nécessaire. On place ensuite une pince en cœur sur l'orifice de la ponction qui est touché à la teinture d'iode et il n'en résulte aucun inconvenient.

Il est bon cependant de ne pas abuser de ce procédé, de pousser autant que possible la décortication avant de ponctionner et de ne vider que le strict nécessaire : On se priverait à tort du point d'appui résistant formé par la tumeur et grâce auquel les manœuvres de décortication sont grandement facilitées ; Une fois la poche affaissée, le doigt ne délimite plus aussi nettement la tumeur de ses enveloppes et les risques de perforation de celle-ci ou d'incursions inopinées dans le péritoine sont de ce fait augmentées.

L'infection du champ opératoire. — Nous avons déjà abordé la question dans le paragraphe précédent. Si elle est fréquente au cours des néphrectomies primitives elle est à peu près fatale au cours des secondaires en raison

de l'obligation dans laquelle on se trouve de faire la néphrectomie sous-capsulaire « forcément septique » dit Albarran.

Par contre il est possible d'enlever des gros reins suppurés sans crever la poche : « Malgré les soins apportés à se protéger contre l'infection de la poche (dans les « néphrectomies secondaires) celle-ci est fatale » dit M. Gayet au congrès d'urologie ; « il m'est arrivé d'enlever de gros reins suppurés sans qu'une goutte de pus souillât la plaie, mais jamais je n'ai réussi lorsque le rein était déjà fistulisé. »

Un problème particulier se pose dans le cas de pyonéphrose compliquée d'abcès périnéphrétique. Il semble que dans ces cas il faille avant tout drainer la loge et qu'il ne doive être question du rein pour le néphrotomiser que si l'on trouve facilement l'orifice de communication : on suivra alors le conseil d'Albarran et on drainera aussi largement que possible.

L'amélioration post-opératoire dans la néphrotomie. — C'est là un des points particulièrement intéressants à envisager puisque l'amélioration consécutive à la néphrotomie doit être telle qu'elle permette de pratiquer à relativement brève échéance une deuxième intervention bien plus grave que la première. En un mot, l'amélioration obtenue par la néphrotomie est-elle constamment aussi parfaite qu'il serait nécessaire qu'elle fut ?

Si nous nous reportons aux traités classiques, nous voyons que, si l'autre rein est bon, le malade se relève rapidement, l'état général s'améliore et le malade est bientôt apte à subir la néphrectomie.

Or l'étude des observations dont nous disposons nous

édifie singulièrement à ce point de vue : Dans deux cas (obs. I et III) la rémission n'a été que de quelques jours (11 et 14 jours), dans l'autre cas, la température n'est jamais tombée (obs. II) la malade a continué à se cachectiser et M. Gayet n'a tant tardé à l'opérer que parce qu'elle se refusait à sacrifier son rein.

De ces constatations il s'ensuit que les malades n'ont pas tiré un gros bénéfice de la première intervention. Les deux premiers ont dû malgré tout être opérés, 11 et 14 jours après, en poussée thermique, la dernière était épuisée par une longue suppuration et un état sub-fébrile continu.

Chez ce malade de l'obs. I, il semble qu'il s'était développé secondairement un abcès périnéphrétique. Peut-être n'était-ce qu'une loge purulente non intéressée par la néphrotomie et dans laquelle il s'était fait secondairement une recrudescence des germes infectieux.

Difficultés de la néphrectomie secondaire. — A ces conditions déjà désavantageuses viennent s'ajouter la gravité et la difficulté de la néphrectomie secondaire.

Une première difficulté réside dans la *découverte du rein*. En vue de se prémunir le plus possible contre l'infection on isole par un surjet au catgut et avec des instruments qui ne serviront plus, la tranche fistuleuse. C'est autour de ce sujet que passera l'incision qui doit mener sur le rein.

On conçoit qu'à travers des tissus plus ou moins cicatriciels, dont les plans sont fusionnés, il soit difficile de se rendre compte de l'instant où l'on arrive sur le rein. Celui-ci a en effet perdu sa consistance, sa couleur et même au doigt ganté de fil le chirurgien peut avoir beaucoup de peine à le reconnaître.

Une fois le rein abordé la difficulté ne fait que croître .
« la main qui décortique, même sous la capsule, ne ren-
« contre plus que des poches flasques qui se déchirent et
« qui l'égarent ; on croit retrouver un plan de clivage et
« on entre dans le péritoine » (Gayet).

De ces notions résultent deux faits : 1° La difficulté, l'impossibilité de pratiquer secondairement une néphrectomie extra-capulaire, d'où infection fatale, d'où difficulté pour lier le pédicule (quand on n'en est pas réduit aux pinces à demeure) d'où obligation de laisser dans la plaie une partie des tissus malades (capsule, uretère, tissu rénal même dans le cas de pinces) ce qui a une importance capitale dans les cas de tuberculose, d'où enfin, par la suite, fistules interminables.

2° La fréquence des accidents opératoires : l'ouverture des séreuses pleurale et surtout péritonéale, sont fréquentes et ne comportent d'ailleurs pas de danger immédiat à condition d'être suturées de suite ; l'ouverture du colon, les hémorragies pédiculaires sont plus graves. La perte de sang qui résulte de ces dernières peut être assez considérable, vu la difficulté qu'on a parfois à ressaisir le vaisseau coupable rétracté derrière la capule.

Albarran signale même le danger d'adhérences à l'aorte et à la veine cave pouvant occasionner des blessures de ces vaisseaux.

Ces accidents proviennent de ce que les adhérences, déjà intimes, du rein avec sa capsule, se sont encore accentuées et que plus l'intervention sera retardée plus elles s'accroîtront. Elles peuvent être telles qu'elles peuvent même nécessiter la néphrectomie par morcellement dont la gravité n'est pas moindre !

Enfin, même le malade opéré, il n'est pas à l'abri de complications : Nos observations sont particulièrement intéressantes à ce sujet : Deux de nos malades en effet ont présenté, consécutivement à l'opération des phénomènes d'ileus paralytique, en relation certaine avec l'irritation du péritoine au cours de l'opération. Le premier (obs. III) eut un arrêt absolu des matières et des gaz, mais guérit grâce à une cœcostomie. L'autre (obs. II) présenta des phénomènes analogues mais avec un météorisme abdominal tel, que, étant donné la température élevée on pouvait croire à une péritonite. Il s'agissait en réalité d'une dilatation paralytique énorme de l'estomac et du colon ascendant. La malade ne présentait d'autre part aucune lésion infectieuse du péritoine visible à l'autopsie. Seul le traumatisme opératoire paraît devoir être invoqué. En outre les tiraillements que subit le colon au cours des manœuvres de décortication permettent d'attribuer à ces phénomènes une cause analogue à celle des distensions intestinales paralytiques après les interventions abdominales intrapéritonéales.

Il est intéressant de rapprocher de ces deux observations un travail récent de Chute (1) sur vingt cas de néphrectomies secondaires ; l'auteur signale ces distensions intestinales post-opératoires et propose de les traiter par des lavements. Mais il ne signale pas de cas ayant nécessité l'intervention. Quoique partisan de la néphrectomie secondaire Chute ne se dissimule pas la gravité de l'opération et dans les cas où le schok est trop intense pratique même la transfusion du sang. M. le professeur Rochet nous a dit

(1) Loco citato.

n'avoir jamais eu l'occasion d'observer de pareils accidents.

Je n'insiste pas sur les suppurations interminables, les fistules, imputables d'ailleurs autant au moignon urétéral qu'aux débris capsulaires. Elles peuvent jusqu'à un certain point entraver la convalescence du malade.

Comparée à cette intervention réellement et constamment difficile, la néphrectomie primitive paraît dans la majorité des cas plus simple et moins dangereuse : Le rein est abordé sans peine et sans incident ; le décollement du péritoine, ne présente que rarement de pareilles difficultés ; Si la poche est crevée c'est le plus souvent en arrière où les adhérences sont le plus solides, tout au plus risque-t-on une longue suppuration et une fistule, mais nous savons que la néphrectomie secondaire ne nous met pas à l'abri de ces complications.

Les résultats de la néphrectomie. — Dans les néphrectomies secondaires il est facile de se rendre compte que ce n'est que lorsque le malade est débarrassé de son rein qu'il revient réellement à la santé.

Dans nos observations de néphrectomies primitives le relèvement de l'état général a été le plus souvent remarquablement rapide, le *shock* opératoire a rarement présenté une gravité particulière, et jamais nous n'avons dû recourir aux grands moyens que signale Chute (*transfusion*). Nous avons été frappés notamment, de la disparition presque du jour au lendemain, de ce teint terreux, plombé, stigmate d'une infection profonde et que présentaient certains malades. L'engraissement suit de près, si bien que les malades quittent le service méconnaissables, après un mois à un mois et demi d'hôpital.

Deux de nos observations moins heureuses méritent un commentaire spécial : La première (obs. IV) concerne une pyonéphrose calculeuse dont le rein opposé, albuminurique, s'est montré par la suite insuffisant. Malgré une concentration uréique de 14 0/00, une constante de 0,068 et une azotémie de 0,36, la malade est morte d'urémie un mois après l'intervention. Mais tout porte à croire que, étant donné les lésions du rein enlevé, même une simple néphrotomie eût conduit au même résultat. Notons qu'il ne passait rien par la sonde urétérale.

Quant à la deuxième (obs. II) elle semble également très explicable. Etant donné l'amélioration rapide qui a suivi l'intervention on pouvait juger la partie gagnée : au douzième jour survinrent des phénomènes de septicémie qui emportèrent le malade et qui n'ont semble-t-il rien à voir avec le caractère radical de l'intervention.

En résumé et malgré quelques échecs il semble bien que dans tous ces cas l'intervention a eu le meilleur résultat. Sans parler du fait que le malade est obligé de subir deux interventions, et partant deux anesthésies, il est certain que la perte de temps écoulée entre les deux opérations, quand la première n'a pas donné un résultat suffisant, ne peut être que funeste au malade.

En cas de succès, l'organisme est relevé tout d'un coup, d'abord par la privation d'un organe infecté et dangereux par lui-même, puis par la suppression du retentissement néfaste que le rein malade apporte au fonctionnement de son congénère. L'amélioration de ce dernier marche de pair avec l'amélioration générale, ainsi qu'il ressort de la communication de Legueu à la Société Française d'urologie.

On reprochera peut-être à la méthode de n'être pas à l'abri de certains aléas ; nous ne nous en défendons pas, c'est un peu la politique du « tout ou rien » (Gayet). Mais tout bien pesé, il semble que les risques d'une méthode ne dépassent pas beaucoup ceux de l'autre.

Il eut peut-être été bon enfin, pour étayer nos conclusions de fournir une statistique... Nous n'avons même pas essayé d'en établir une, car elle nous semble inutile. En effet, le chirurgien qui pratique systématiquement la néphrectomie secondaire aura fatalement une meilleure statistique que celui qui ne la fait que de temps en temps et inversement.

Il ne s'ensuit pas que cette question se réduise à une polémique d'école : Nous apportons réellement de notre séjour auprès de M. le professeur agrégé Gayet l'impression que la néphrectomie primitive comporte de sérieux avantages. Peut-être lorsque nous aurons nous-même une expérience plus directement personnelle dans la question notre avis sera-t-il modifié.

Ceci explique que nous n'ayons qu'un nombre relativement restreint d'observations : Mais toutes proviennent du service de M. Gayet et nous avons eu l'avantage de pouvoir en suivre nous-mêmes un certain nombre.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

1° Néphrectomies secondaires précoces

OBSERVATION I

Ag... Antonin, 25 ans. Tuberculose rénale, endoscopie impossible, néphrostomie, néphrectomie secondaire, guérison.

L'affection s'est déclarée en 1917, à la suite d'une blennorrhagie. Entré dans le service d'urologie de M. le Docteur Gayet le 1^{er} avril 1919. Symptômes très accusés de tuberculose rénale. La capacité vésicale n'étant que de 20 cc3, tout examen endoscopique est impossible. La température, irrégulière, atteint parfois 39°. Le rein gauche est augmenté de volume. Dans l'ignorance de l'état du rein droit on décide une néphrostomie, qui est pratiquée le 16 juin. Le 21, on fait analyser l'urine vésicale et l'urine du rein gauche. On obtient une concentration urénique de 13 grs 40 pour l'urine vésicale, 1 gr. 30 seulement pour le rein gauche. A la suite de la néphrostomie la température est tombée en 3 jours, *mais elle ne reste normale que 11 jours*. Au bout de ce temps, poussées thermiques jusqu'à près de 40°. L'état s'aggrave. On pratique la néphrectomie secondaire 14 jours après la première intervention. Opération (M. Gayet). La fistule est suturée, on dégage ensuite avec peine le rein, et, au moment où on arrive dans la loge rénale, un flot de pus très fétide jaillit. On termine le plus rapidement possible par une sous-capsulaire avec pinces sur le pédicule.

Le rein enlevé est de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, bosselé. Une partie des poches n'ont pas été ouvertes par la néphrostomie. Le parenchyme est complètement détruit et l'écorce qui le représente est parsemée de granulations jaunâtres. Tout de suite après la néphrectomie, la tempéra-

ture revient à la normale ; la guérison se fait assez rapidement ; le malade engraisse de 5 kgs. en 3 mois. Revu un an après, il va bien, mais a toujours des phénomènes de cystite.

OBSERVATION II

Sal.. Eugénie, 42 ans. *Tuberculose rénale droite. Néphrostomie, néphrectomie secondaire. Mort par dilatation aigüe de l'estomac.*

Entre dans le service d'urologie de M. le Docteur Gayet, le 14 janv. 1920, pour incontinence. Elle subit d'abord, en l'absence de M. Gayet, une colpo-périnéorraphie dirigée contre cette incontinence.

A son retour, en mars, M. Gayet, en examinant cette malade est frappé par le volume du rein droit et les accidents généraux (température, pâleur) qui persistent. Un examen cystoscopique permet de recueillir les urines du rein gauche, donnant urée 18 grs 23. Du côté droit toutes les sondes sont arrêtées à 12 cm. Une inoculation est pratiquée, mais pressé par le mauvais état de la malade et pensant à la possibilité d'une pyonéphrose simple, il pratique sans plus attendre une néphrostomie. Le rein est très prolabé, adhérent, on se contente d'en dénuder une partie et de retirer par aspiration environ 120 grs de pus, puis on incise à côté du trocart ce qui permet de retirer une quantité notable de pus. On draine, après avoir effondré quelques cloisons. *La température n'est jamais tombée*, elle persiste à 38°2, parfois 38°6. La malade continue à se cachectiser, mais refuse de faire le sacrifice de son rein. Cependant toute tentative pour rétablir la perméabilité urétérale par le cathétérisme échoue et le 7 juin la malade se décide à se laisser opérer. *Opération* (M. Gayet). La fistule est suturée. On cherche un plan de clivage péri-rénal, mais ce temps est extrêmement difficile. On entre 4 ou 5 fois dans le péritoine qu'on referme immédiatement. On arrive cependant à lier le pédicule et l'uretère très gros à 6 cm au-dessous du bassin. Drain et mèche. La pièce représente un énorme rein bosselé avec de petites cavernes dans le parenchyme. La malade a succombé le troisième jour à une dilatation aigüe de l'estomac et du colon ascendant ; le

péritoine était sain, le rein gauche aussi. L'inoculation a fait la preuve de l'origine tuberculeuse de la maladie (1).

OBSERVATION III

C... Alphonse, 28 ans. — *Ancien calcul du rein droit. Pyonéphrose avec température élevée. Néphrostomie. Néphrectomie secondaire. Iléus paralytique. Cœcostomie. Guérison.*

A 19 ans, blennorrhagie avec cystite, hématurie et probablement aussi pyélonéphrite. Un an après, nouvelle blennorrhagie et pyurie. Entre, en 1912, dans le service de M. le Docteur Gayet pour douleurs rénales. La radiographie révèle à droite un calcul, assez petit d'ailleurs, qui est enlevé par néphrostomie. Assez forte hémorragie post-opératoire. Le malade se remet assez bien pour être pris bon pour le service militaire et faire la campagne jusqu'en 1918 où il est hospitalisé de nouveau pour pyurie. Revient dans le service de M. Gayet en mai 1919 avec des accidents fébriles inquiétants (40° chaque soir), et un très gros rein droit. M. Gayet pratique une néphrostomie le 24 mai et la température redevient normale jusqu'au 7 juin. A partir de cette date, poussées nouvelles irrégulières de température et l'état général redevient mauvais. Le 13 juin, néphrectomie (M. Gayet). On sectionne les lèvres disséquées de la fistule ; le décollement du rein est très pénible. Le péritoine est ouvert, et aussitôt fermé ; on pratique une sous-capsulaire et on laisse des pinces à demeure sur le pédicule. Le rein enlevé est un très gros rein, non caverneux mais dont le parenchymé blanchâtre, œdémateux, présente une série de petits infarctus. Les suites de l'opération furent mouvementées ; il y eut arrêt absolu des matières et des gaz si bien que le troisième jour M. Gayet fut obligé de pratiquer une cœcostomie. Les accidents cédèrent alors, et le malade se rétablit rapidement avec cicatrisation spontanée de sa fistule intestinale.

(1) Cette observation a été rapportée à la séance de juillet de la Société Nationale d'Urologie.

2° Néphrectomies primitives

OBSERVATION I

D... Suzanne, 16 ans. *Gros rein droit tuberculeux. Mauvais état général. Néphrectomie primitive. Guérison.*

Début de la maladie il y a deux ans pour entérite, puis crise de néurasthénie traitée dans une clinique pour maladies nerveuses, on lui trouve de l'albumine. En juin 1919, on l'envoie à la campagne et on lui trouve de la température (38° le soir), puis apparaissent de la pyurie, de la fréquence des mictions contre lesquelles sont dirigées des instillations goménolées. Bientôt la température s'élève à 39° et 39°5, même à 40° le soir avec oscillations. On trouve du colibacille dans les urines de la malade et on l'adresse à M. le Docteur Gayet.

A l'examen : gros rein droit un peu douloureux ; aucun antécédent personnel ni familial. La cystoscopie montre que les urines gauches sont claires, mais qu'à droite il sort un serpent de pus épais. L'analyse des urines du rein gauche donne 19 gr. 20 d'urée. Une inoculation est pratiquée. En attendant le résultat on essaye des lavages du bassinets ; le premier amène une légère rémission, le second aucune.

L'état général baisse rapidement, la température est toujours élevée septicémique. L'inoculation est positive. Le 1^{er} octobre, après avoir hésité à faire une néphrostomie en raison de la faiblesse de la malade, M. Gayet se décide pour l'opération radicale.

Néphrectomie lombaire droite (M. Gayet), le rein est énorme, rein de bœuf, pas de périnéphrite, décollement aisé, mais l'exteriorisation est rendue difficile par suite d'adhérences du pôle inférieur du rein à l'uretère qu'on sent très gros (gros comme le pouce) et très dur. En essayant de décoller cette adhérence, rupture d'une poche purulente qui inonde le champ opératoire. Ligature du pédicule qui est sectionné, drainage, mèches. Le rein enlevé est rempli d'une grande quantité de pus sous tension ($\frac{1}{2}$ litre environ) en plus de la poche qui s'est rompue. Le soir, température 39°7, pouls incomptable, signes de schock.

Le lendemain la température tombe à 38°2 ; la malade

a uriné 300 grs ; grande faiblesse, pouls à 112. 4 octobre : 37°6, grande amélioration. 25 octobre : la jeune malade quitte la clinique presque cicatrisée ; le 10 avril 1920, Revue, a pris 8 kgs depuis sa sortie de la clinique, bon appétit, teint clair, encore un peu de cystite.

OBSERVATION II

Bas... Jean, 21 ans. — *Gros rein droit. Endoscopie impossible. Température élevée. Lobotomie exploratrice gauche suivie de néphrectomie droite. Injection secondaire le 12^e jour. Mort le 34^e jour.*

Entre dans le service de M. le Docteur Gayet le 23 mai 1912 pour pollakiurie et douleurs à la miction. Son affection urinaire a débuté il y a 4 ans par une blennorrhagie, l'écoulement dure 2 mois ; pendant ce temps il y eut des hématuries, pollakiurie, épидидymite droite. Actuellement urine toutes les demi-heures, douleurs terminales. A l'examen on constate une goutte uréthrale. Le rein droit est gros, abaissé, douloureux. Capacité vésicale 40 grs. Tout examen endoscopique est impossible. Urines très troubles, poussées de température. L'examen de la goutte montre des gonocoques. On porte le diagnostic de pyclonéphrite à gonocoques, avec réserves pour une tuberculose rénale concomittente.

L'état général étant mauvais une intervention s'impose malgré les renseignements insuffisants sur la valeur fonctionnelle du rein gauche (l'analyse des urines totales donne cependant des chiffres suffisants : 29 grs d'urée au litre). On décide d'aller vérifier par une *lobotomie* l'état du rein gauche pour pouvoir enlever le droit ensuite si l'adelphe est reconnu sain.

25 juin : incision lombaire gauche, le rein apparaît gros et congestionné, mais ne semble pas autrement malade. On met à nu l'uretère qui est sain ; on lui fait une petite incision par laquelle on introduit la sonde. Malgré 10 minutes d'attente on ne recueille pas une goutte d'urine. Mais en raison de l'intégrité de l'uretère et de la bonne élimination, on considère le rein comme suffisant. On suture l'uretère, le rein et réintègre et la paroi refermée. On pratique alors la néphrectomie lombaire droite. Le rein est gros comme une tête de nouveau-né, à poches multiples remplies de pus. Cette

ablation est faite en vase clos après ligature de l'uretère très bas, au niveau du détroit supérieur et l'extirpation du segment haut de ce conduit gros comme l'index, très dur, et adhérent. Ligature du pédicule, mèches et drains, fermeture partielle de la plaie.

Les suites immédiates furent orageuses : ballonnement, dyspnée, pouls à 120, 140. Mais le malade urine suffisamment, un litre dès le quatrième jour et la température qui atteignait 40° avant l'opération revient en 2 jours à la normale ; le douzième jour, la partie semble gagnée, on fait un lavage de vessie qui est assez douloureux. A partir de ce jour la température remonte rapidement et prend une allure de septicémie. Malgré une série de piqûres d'électrargol, sérum, et autres moyens ordinaires, le malade succombe le 28 juillet, 34 jours après l'intervention avec des signes d'endocardite.

On peut se demander si le lavage de vessie n'a pas provoqué une pyélonéphrite ascendante mortelle dans le rein restant. L'inoculation du pus du rein enlevé, a montré qu'il s'agissait de tuberculose. En même temps les cultures décelaient du colibacille.

OBSERVATION III

Di-G., Joseph, 32 ans, boucher. — *Gros rein droit fonctionnellement déficient, néphrectomie avancée par température persistante, fistule urétérale. Guérison.*

Entre dans le service de M. le Docteur Gayet le 8 mai 1919 pour pyurie et douleurs rénales droites. Pollakiurie, 10 à 12 fois la nuit. Début il y a 2 ans. A l'entrée, rein droit volumineux, douloureux à la pression avec défense abdominale. La cystoscopie est pénible, capacité moins de 100 grs. Uretères béants, en gueule de four des deux côtés (uretères forcées). Une radiographie après injection de collargol dans la vessie montre en effet que l'uretère droit est complètement accessible au collargol jusqu'au bassinot; le gauche ne laisse remplir que dans sa partie inférieure. La séparation des urines donne 15 gr. d'urée à gauche, 5 gr. seulement à droite. A la suite de la cystoscopie, grosse poussée de température qui oblige à intervenir sans attendre le résultat de l'inoculation. (Résultat connu plus tard : rein gauche inoculation négative, rein droit inoculation positive).

19 mai 1919. — Néphrectomie lombaire droite. On trouve un rein très volumineux et complètement adhérent, si bien qu'on est obligé de faire une sous-capsulaire. Au cours de la libération, ouverture de plusieurs poches suppurées corticales. En avant, le colon ascendant est si adhérent qu'il faut une dissection minutieuse pour le séparer du bassin. L'uretère est recherché très bas, libéré, sectionné au thermocautère entre deux ligatures. Il est gros comme l'index. Pincées à demeure sur le pédicule, tamponnement. Suites simples, chute de température en 3 jours. Au bout de quelque temps on s'aperçoit qu'une fistule s'est établie par l'uretère sectionné, le liquide injecté dans la vessie ressort par la plaie. Le malade sort avec sa fistule le 11 novembre. Elle s'est fermée spontanément 2 mois après.

Revenu en juillet 1920, a engraisé de 5 kgs depuis l'opération, la fistule est restée bien fermée, mais la vessie reste très intolérante et les urines troubles. Traitement par l'enfumage iodé.

OBSERVATION IV

V. Marie, 36 ans, couturière. — *Volumineuse pyonéphrose gauche calculeuse, rein droit albuminurique et infecté. Mort au bout d'un mois d'urémie.*

Entre le 3 juillet 1912 pour pyurie. Début il y a 14 ans, pendant sa quatrième grossesse, par des coliques néphrétiques typiques avec expulsion de petits calculs. Depuis 4 ans, phénomènes gastriques, douleurs, vomissements. Urines louches, douleurs rénales. La palpation des reins est impossible en raison de la défense musculaire. Malade très amaigrie. La cystoscopie montre un serpentín de pus épais sortant par l'uretère gauche.

Le cathétérisme des 2 uretères montre que rien ne passe à gauche, sauf un peu de pus, à droite les urines sont limpides. L'élimination de bleu est mauvaise. Le rein droit sécrète 14 grammes d'urée au litre avec beaucoup d'albumine. La quantité d'urine des 24 heures n'est que de 500 grammes.

Après quelques jours de repos et de régime cependant la diurèse se rétablit et le 10 juillet on constate que la constante d'Ambard est de 0,068 avec une urémie de 0 gr. 36.

La radiographie montre un gros calcul coralliforme dans le bassinnet gauche, rien à droite.

L'intervention ne parait pas prudente et la malade est renvoyée avec un régime approprié.

Le 25 novembre, la malade rentre avec des urines toujours très troubles, vomissements fréquents, amaigrissement progressif. Elle demande à tout prix une intervention.

Le 4 décembre on se décide à tenter une néphrectomie pour supprimer un rein inutile et dangereux pour son congénère. Intervention laborieuse, adhérences au péritoine et à la loge rénale. Pendant l'intervention, une ou deux poches purulentes se sont fissurées, mais le pus s'écoule lentement et peut être tamponné. Pincés à demeure sur le pédicule, drains et mèches. Le rein enlevé représente une masse bilobée, bassinnet énorme coiffé par le rein bosselé. Poids 720 grammes sans les calculs qui pèsent 40 gr. Mort au bout d'un mois d'urémie. Rein restant scléreux, pus dans le bassinnet.

OBSERVATION V

D... Rose, 30 ans. — *Pyonéphrose gauche tuberculeuse.*
Néphrectomie primitive. Guérison.

Entrée le 5 septembre pour douleurs lombaires gauches. Coliques néphrétiques et bronchite antérieurement. Début apparent il y a 3 semaines par douleurs irradiées du rein à la vessie, suivies de polyurie trouble. Depuis les urines se sont troublées de plus en plus, pas d'hématuries.

A l'examen somatique on ne sent pas le rein droit mais le rein gauche est volumineux.

Pas de signes vésicaux, pas de point urétéral vaginal.

Urines très épaisses. Albumine en abondance, culot abondant, très nombreux globules de pus, polynucléaires et monos, pas de flore microbienne bien déterminée.

Cystoscopie 8 septembre : vessie peu atteinte, uretère gauche béant d'où s'échappe une colonne de pus épaisse qui trouble rapidement le milieu et fait qu'on est obligé de renvoyer le cathétérisme de l'uretère droit à quelques jours plus tard. L'excrétion du rein gauche est à peu près nulle. Le rein droit s'étant montré suffisant et par ailleurs la malade ayant pris de la fièvre on se décide à intervenir sur le rein

gauche par voie lombaire : on extirpe un rein volumineux bosselé qui montre des lésions nettement tuberculeuses. Par ailleurs la vérification du cobaye inoculé par le rein gauche se montre positive. Rein droit négatif, suites opératoires simples. La malade revue ces temps derniers a considérablement engraisé et se porte très bien.

OBSERVATION VI

B... Léontine, épouse L..., 37 ans, ménagère. — *Pyonéphrose gauche volumineuse tuberculeuse. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison.*

Vient de l'hôpital de Romans pour douleurs lombaires et pyurie. Entrée le 17 septembre. Adénites dans l'enfance. deux enfants morts en bas âge de bronchite. Une fausse couche.

Aurait présenté en 1913 des accidents analogues à ceux actuels. Une intervention dont la trace se manifeste par une cicatrice lombaire l'aurait soulagée. Aucun accident, dit-elle, jusqu'à il y a trois mois.

A ce moment apparition de douleurs lombaires gauches suivies de pyurie. Pollakiurie, dysurie, réapparition d'une tumeur lombaire. Dès ce moment, troubles digestifs graves, perte de l'appétit, amaigrissement.

- A l'examen, énorme tumeur présentant le contact lombaire, mais faisant saillie sous la paroi abdominale antérieure, mate, barrée par un trait de sonorité colique.

Teint pâle et terreux.

Température autour de 38°.

Cystoscopie : vessie saine, le cathétérisme urétal ne ramène rien à gauche mais montre un rein droit suffisant.

29 septembre : néphrectomie par voie antérieure, cloisonnement du péritoine à la Villard. On est obligé, une fois le péritoine récliné et la tumeur dénudée facilement en avant de ponctionner et d'aspirer au Potain une partie du contenu de la tumeur : on retire un demi-litre de pus. Après quelques incidents (ouverture de la poche en arrière), on arrive à extraire le rein, du volume d'une tête d'enfant. Drain en sétou antéro-postérieur.

Examen de la pièce : Bassinet énorme, distendu. Parenchyme creusé de loges, masses caséeuses par places, il s'agit d'un rein tuberculeux.

Suites opératoires simples.

Actuellement 29 octobre, la malade va très bien, n'a plus de drains et a considérablement engraisé.

En quelques jours son teint terreux a fait place à une coloration fraîche. Elle se dispose à quitter le service dans quelques jours.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I. — Lorsqu'on est en présence d'une volumineuse pyonéphrose tuberculeuse ou calculeuse, avec mauvais état général, il est permis d'hésiter entre deux méthodes de traitement : la néphrostomie suivie de néphrectomie secondaire et la néphrectomie primitive.

II. — En faveur de la néphrostomie préliminaire plaident :

La bénignité de l'intervention qui n'a pas à compter avec le rein congénère.

Le bénéfice immédiat qu'en retire le malade et l'amélioration qui permet de pratiquer, au besoin après un supplément d'examen, la néphrectomie secondaire.

Les difficultés d'ablation des gros reins par voie lombaire.

III. — En faveur de la néphrectomie primitive nous invoquons :

La relativité de la bénignité de la néphrectomie qui doit être avant tout complète pour être suffisante, et partant, parfois assez longue,

La possibilité d'enlever les reins les plus volumineux par n'importe qu'elle voie,

La possibilité de les enlever aseptiquement,

Le peu de constance et de durée qu'a parfois l'amélioration consécutive à la néphrotomie, si bien que l'on est appelé à intervenir secondairement dans des conditions qui ne sont souvent pas meilleures que si l'on était intervenu radicalement d'emblée,

Les difficultés de la néphrectomie secondaire (accidents opératoires et post-opératoires, en particulier phénomènes de distension intestinale et d'ileus paralytique),

Les résultats obtenus par la néphrectomie primitive, amélioration rapide et satisfaisante de l'état général et de l'autre rein,

IV. — Il semble donc qu'il y ait un avantage sérieux à pratiquer toutes les fois que la chose sera possible, la néphrectomie primitive. Celle-ci doit être considérée comme le procédé de choix, la néphrostomie devant se borner à être une intervention d'urgence qui sous une apparente bénignité immédiate comporte l'aléa considérable de la néphrectomie secondaire. En cas d'impossibilité d'examen cystoscopique, on mettra en œuvre tous les moyens accessoires possibles, et il est rare que l'on n'arrive pas à se faire une idée sur la valeur du rein restant.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROCHET.

Vu :
Pour le Doyen,
L'ASSESEUR,
Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 2 décembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — *Médecine opératoire des voies urinaires.*
- BUREAU. — *Traitement chirurgical des pyonéphroses.* — Th. Doctorat, 1890.
- COURTADE et GUYON. — *Sur le reflux du contenu vésical dans les uretères-annales des malades des organes génito-urinaires.* — Août 1904.
- CHUTE A.-L. — *Secondary nephrectomy, International, J. Surg.* — 1920, p. 186.
- DAUBOIS. — *De l'isolement immédiat de la cavité péritonéale dans la néphrectomie abdominale.* — Th., Lyon, 1897.
- FOUQUET. — *Les fistules rénales post-opératoires et leur traitement.* — Thèse de Paris, 1901.
- Encyclopédie Française d'Urologie.* Tome II et III.
- GAYET et CAVAILLON. — *Etude expérimentale et clinique de l'exclusion rénale.* — Ann. mal. org. gén. urin., mai 1904.
- GUYON et ALBARRAN. — *De la Néphrostomie.* — Rapport XII^e congrès français de chir., 1898, et discussion.
- GUYOT et ALBARRAN. — *Physiologie pathologique des rétentions rénales.* — Assoc. franç. d'urol., 21 oct. 1897.
- GOSSET. — *Etude sur les pyonéphroses.* — Th. Doct., 1900, Paris
- KOLISCHER et H. KATZ. — *The urologie and cutaneous review.* — Chicago, juillet 1920, p. 385. *Trois remarques sur la tuberculose rénale et vésicale.*
- KEYES. — *Pyonéphrose aiguë, néphrectomie.* — Intern. Journ. of surg., tom. XXXIII, 1920.

LEGUEU. — *Traité d'Urologie.*

— — *Les orientations nouvelles du problème de la néphrectomie.* — J. d'urol., janv. 1920, p. 1.

— — *Abaissement du chiffre de la constante après néphrectomie.* — Soc. Franç. Urol., 14 juin 1920, p. 152.

MAUGEAIS. — *De l'action du rein malade sur le rein opposé.*
— Thèse, Paris, 1907-08.

OLLIER. — *De la néphrectomie sous-capsulaire.* — II^e Congrès de l'Ass. Franç. de Chirurgie, 1887, p. 148.

ROCHET. — *Chirurgie du rein et de l'uretère.* — Steinheil, Paris, 1900.

VILLARD. — *De la néphrectomie transpéritonéale avec marsu-
pialisation préalable du péritoine.* — Gaz. hebd. de méd.
et de chir., 1898.

VERRIÈRE. — *Contribution à l'étude de la chir. conservatrice
dans le traitement des rétentions rénales.* — Th., Lyon,
1899.

N. B. — Il nous est signalé qu'une thèse a été récemment inspirée sur un sujet analogue par M. Cathelin. Malgré nos recherches à la bibliothèque de la Faculté il nous a été impossible de nous procurer cet ouvrage:

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — Anatomie et physiologie pathologique.....	11
CHAPITRE II. — Aperçu clinique.....	17
CHAPITRE III. — Des moyens dont dispose le chirurgien pour traiter les pyonéphroses.....	23
CHAPITRE IV. — Discussion de l'intervention.....	30
OBSERVATIONS	45
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57
